

Lorsqu'un dossier est à l'AI, il est souvent déjà trop tard!

Réponse et complément à la discussion lancée par R. Conne sur la capacité de travail et l'assurance invalidité [1]

B. Danuser, A. Klipstein

Deutsch erschienen
in Nr. 3/2004.

Résumé

L'article «Capacité de travail et assurance invalidité» [1] décrit le malaise actuel concernant la réhabilitation à la place de travail. Cette problématique n'est toutefois pas uniquement valable pour des incapacités de travail liées à des raisons psychiques, mais aussi pour des incapacités de travail dues à des troubles musculo-squelettiques. De plus, les difficultés de réhabilitation à la place de travail ne doivent pas être imputées uniquement à l'assurance invalidité. En effet, elles sont dues d'une part à des données structurelles de la Suisse (comme une faible implantation de la médecine du travail dans les entreprises et un accès peu développé à la médecine de réhabilitation) et d'autre part, à un manque de définition claire de répartition des coûts ou des responsabilités.

Dans son article R. Conne décrit de façon pertinente le malaise existant en Suisse en ce qui concerne la question de la réhabilitation à la place de travail ou de la récupération de sa capacité de travail. Toutefois, cet article se base principalement sur des incapacités de travail dues à des causes psychiques.

En temps que médecin du travail et médecin en réhabilitation, nous souhaitons nous emparer de la discussion et l'élargir. Cet élargissement comprend d'une part la prise en compte d'incapacités de travail pour des causes non psychiques et d'autre part, la situation générale des assurances en Suisse. En effet, plutôt que de se focaliser uniquement sur le problème de l'assurance invalidité, il nous semble utile d'étendre le débat à la situation générale des assurances.

Lorsqu'un dossier arrive à l'AI, il est déjà trop tard

Prenons l'exemple d'un employé souffrant de maux de dos chroniques, une situation bien connue de chaque médecin installé. Déjà après trois mois d'incapacité de travail pour des douleurs musculo-squelettiques, la chance pour la personne de retourner à son travail diminue massivement et s'approche pratiquement de

zéro après 12 mois d'incapacité [2]. De plus, après 3 mois d'absence, l'intérêt de l'employeur s'amoindrit dans beaucoup d'entreprises: l'employé malade est remplacé et généralement, le licenciement suit. Lorsque le dossier est à l'AI, plusieurs mois se sont déjà écoulés et il est trop tard pour entreprendre une réhabilitation à la place de travail. Il est donc important d'agir le plus tôt possible!

La situation idéale

Laissez-nous donc rêver un peu et imaginons une situation idéale: l'entreprise dans laquelle travaille la personne qui souffre de maux de dos chroniques dispose d'un système de management des absences (respectivement des présences) efficace (ou d'un «patron attentif») ainsi que d'un contact direct avec un médecin du travail. Au plus tard après trois mois d'absence au travail, le médecin du travail se renseignera sur l'état de la personne et les causes de son incapacité de travail. Il recensera les ressources personnelles de l'employé concerné et, dans le cas de maux de dos, développera un plan de réintégration («case management») avec le médecin responsable et le spécialiste en réhabilitation. Le plan de réintégration est composé d'un «entraînement» (work hardening) adapté aux demandes du travail, de l'évaluation du poste de travail et d'une adaptation (souvent temporaire) de la place de travail ainsi que d'une stratégie pour la reprise du travail, élaborée avec le chef direct ou l'équipe de travail. Le «work hardening» est effectué de façon interdisciplinaire dans un centre spécialisé et il vise à augmenter la résistance et à développer les compétences personnelles de l'employé concerné afin de surpasser les douleurs, bien que celles-ci ne soient pas traitées directement. Une récupération rapide conjuguée à un soutien de l'entreprise permettent de réduire les dérapages vers des problèmes de confiance en soi et le développement de problèmes psychiques invalidants. Si les efforts présentés ci-dessus n'étaient pas couronnés de succès, le médecin du travail (qui connaît bien l'entreprise) doit, avec le spécialiste en réhabili-

Conflit d'intérêt:

Brigitta Danuser est présidente de la Société Suisse de Médecine du Travail; mais il n'existe aucun autre lien qui pourrait favoriser un conflit d'intérêt!

Correspondance:

Prof. Dr Brigitta Danuser
Institut universitaire romand
de santé au travail IST
Rue du Bugnon 19
CH-1005 Lausanne
Tél. 021 314 73 26
Fax 021 314 74 30

E-mail: brigitta.danuser@hospvd.ch

Dr. med. Andreas Klipstein
Departement Rheumatologie und
Institut für Physikalische Medizin
Universitätsklinik Zürich
Gloriastrasse 25
CH-8091 Zürich
Tel. 01 255 30 08
Fax 01 255 43 88

E-mail: andreas.klipstein@usz.ch

tation, le travailleur et l'entreprise dans son ensemble, en tous cas évaluer la possibilité de trouver une place de travail à l'extérieur de l'entreprise, proposer cette solution et l'accompagner. Et si cela n'apporte pas non plus de résultat, une demande de rente peut alors être envisagée. Des expériences en Finlande [3] et au Canada [4] montrent qu'un comportement tel que celui-ci permet à 30–50% des employés en arrêt de travail de longue durée (par exemple, suite à des troubles musculo-squelettiques) de retrouver un poste de travail, ce qui n'est pas le cas sans l'application du «case management».

Mais où nous situons-nous?

En Suisse, nous sommes très éloignés d'une solution idéale telle que présentée ci-dessus:

- de plus en plus d'entreprises (entre 10 et 15%), mais de loin pas toutes ont un système de management des absences incluant une «fonction d'alerte précoce»;
- très peu d'entreprises ont un accès direct à un service de médecine du travail et à un spécialiste en réhabilitation. Entre 150 et 200 entreprises disposent d'un médecin du personnel propre ou d'un contact direct avec un centre de médecine du travail ou ont au minimum un médecin du personnel. Beaucoup d'entreprises sont en contact avec des médecins du travail ou d'autres spécialistes en sécurité au travail par le biais des solutions de branches, qui incluent parfois un mandat de médecine du travail. Ces solutions de branches comportent pour la plupart un service de conseil et d'information, mais pas de prise en charge directe et individuelle des travailleurs;
- la plupart des patients qui s'adressent à un spécialiste en réhabilitation n'ont déjà plus de place de travail ou le retour au poste de travail n'est plus envisageable. Dans une enquête pilote qui vient juste de se terminer sur l'efficacité d'une réhabilitation liée à la place de travail, sur 270 candidats adressés par du personnel soignant avec un potentiel de réhabilitation encore acceptable, 69 n'avaient déjà plus d'emploi et pour 102 personnes, le retour au même poste de travail n'était pas prévu, ce qui signifie que le congé n'avait pas encore été donné pour des raisons de formalités ou que la motivation pour un retour n'était plus donnée [5];
- il n'existe aucun règlement clair concernant les responsabilités des coûts induits par les mesures médicales de réintégration.

Les assurances perte de gain, qui parfois mènent un «case management» médical et asséurologique, sont généralement motivées par un intérêt partiel et, à part des expertises, elles ne peuvent pas offrir de prestations. L'AI peut certes établir une évaluation de la situation ou proposer des mesures d'aide ou de reconversion, mais pas de programmes de réhabilitation à la place de travail car il s'agit de mesures liées à un traitement médical. Du côté des assurances maladies il n'existe pas (encore?) de poste tarifaire correspondant à des prestations de réhabilitation, qui ne sont, en outre, pas négligeables. Quant à la Suva: elle peut et a le droit de tout faire ou presque, mais uniquement s'il s'agit d'un accident ou d'une maladie professionnelle! Et comme la plupart des troubles musculo-squelettiques ne sont pas reconnus comme des maladies professionnelles en tant que telles, il s'agit de maladies liées au travail [6] pour lesquelles les assurances maladies doivent entrer en matière!

Le sac de nœuds est donc bien embrouillé. Il serait grand temps de repenser le système suisse des assurances en y intégrant le problème des maladies associées à l'activité professionnelle, en particulier en ce qui concerne la récupération de la capacité de travail. Cela se justifie d'autant plus que, dans beaucoup d'entreprises, la pression des primes a induit une nouvelle manière de penser et que toujours plus de mains se tendent pour proposer des solutions. Pourquoi ne pas choisir de se battre pour une réforme des assurances?

Références

- 1 Conne R. Arbeitsfähigkeit und Invalidenversicherung. Bull Med Suisses 2003;84(45):2361-3.
- 2 Hagen KB, Thune O. Work incapacity from low back pain in the general population. Spine 1998;23:2091-5.
- 3 Haldorsen EMH, Grsdal AL, Skouen JS, Risa AE, Kronholm K, Ursin H. Is there a right treatment for a particular patient group? Comparison of ordinary treatment, light multidisciplinary treatment and extensive multidisciplinary treatment for long-term sick-listed employees with musculoskeletal pain. Pain 2002;95:49-63.
- 4 Frank J, Sinclair S, Hogg-Johnson S, Shannon H, Bombardier C, Beaton D, Cole D. Preventing disability from work-related low-back pain. CMAJ 1998;158:1625-31.
- 5 Meyer K, Fransen J, Huwiler HI, Uebelhart D, Klipstein A. Feasibility and results of a randomised pilot-study of a work rehabilitation programme. Am J Phys Med Rehab: submitted.
- 6 Szabo RM, King KJ. Repetitive stress injury: diagnosis or self-fulfilling prophecy? J Bone Joint Surg Am 2000;82-A:1314-22.